

## Perfil Enzimático no Infarto do Miocárdio

**1 – Considerações Gerais** – além da anamnese e do quadro clínico que são elementos fundamentais para um diagnóstico seguro, o eletrocardiograma (ECG), representa um dos importantes recursos para o diagnóstico exato da lesão ou necrose da musculatura cardíaca. Entretanto, nem todos os pacientes infartados são diagnosticados clinicamente ou através do ECG, visto que outras enfermidades cardíacas podem mascarar o traçado eletrocardiográfico ou mesmo, podem ocorrer pequenos infartos sem que os pacientes refiram sintomas típicos, principalmente pré-cordialgias intensas. *Portanto, o primeiro infarto geralmente não é diagnosticado através do exame clínico ou pelo ECG em cerca de 10 a 15% dos casos.*

Dessa maneira, para se obter um diagnóstico bastante seguro (confiável) se faz necessário a anamnese, o exame objetivo, os eletrocardiogramas com as derivações precordiais e, como também, as determinações das atividades enzimáticas no soro. Esses testes enzimáticos são de extrema confiança, pois auxiliam no diagnóstico diferencial do infarto do miocárdio, além de propiciar meios para a avaliação prognóstica ou de evolução da enfermidade.

*Muito embora o ECG seja o subsídio mais confiável no diagnóstico desta doença cardíaca, ele poderá não ser, caso haja anomalias precedentes ou existir previamente um bloqueio de ramo esquerdo. Além disso, o infarto intramural pode não ser diagnosticado pelo ECG. Saliente-se também que o ECG não exhibe a extensão real da lesão, assim como, não significa por si só um indicador fidedigno da gravidade do infarto.*

Atualmente, a sensibilidade do perfil enzimático para a confirmação de um IAM é de praticamente igual a 100%, assim como pode, de uma forma geral, estabelecer a extensão dessa lesão e com isso contribuir decisivamente para o prognóstico da injúria sofrida pelo músculo cardíaco.

**3.1.2.2 – Determinações Enzimáticas** – o valor das determinações enzimáticas nesta doença pode ser sintetizado assim:

**A** – Diferenciação entre o infarto agudo do miocárdio e *angina pectoris* (síndrome coronariana aguda).

**B** – Diagnóstico do IAM quando o ECG não indica a lesão, ou quando ele é de difícil interpretação devido à presença de prévio infarto cardíaco do músculo cardíaco, bloqueio de ramo esquerdo, marca-passo ou efeito da digitalização.

**C** – Diagnóstico da extensão do tecido infartado.

**D** – Como o IAM é de rápida duração e a região afetada ser relativamente pequena, é importante que se observe o tempo decorrido desde o episódio (dor precordial) até a coleta de sangue, para que as determinações enzimáticas no soro reproduzam resultados confiáveis e por causa disto, a coleta de sangue deve obedecer aos seguintes requisitos:

**I** – Deve ser feita o mais rápido possível, após o episódio, no sentido de se obter pontos de referência de possíveis alterações enzimáticas anteriores que poderiam deturpar o “**perfil enzimático**”.

**II** – Nos intervalos de 6, 12, 24, 48 e 72 horas após a dor precordial no sentido de firmar e garantir o diagnóstico.

**III** – Em espaços de 1 a 2 dias objetivando o controle evolutivo, bem como detectar precocemente possíveis complicações, como choque tardio, reinfarto, ICD, e outros.

A tabela 1 mostra o comportamento das diversas enzimas no IAM, com relação ao início, ascensão, atividade máxima, valores múltiplos alcançados e “**normalização**” das atividades.

**Tabela 1 – Comportamento das enzimas no infarto agudo miocárdio.**

<b>Enzimas</b>	<b>Início da Ascensão</b>	<b>Atividade Máxima</b>	<b>Valores Múltiplos Médios</b>	<b>“Normalização”</b>
CPK	3-6 hs	16-36 hs	7 (2-25)	3-6 dias
AST	4-6 hs	16-48 hs	7 (2-25)	4-6 dias
LDH	8-10 hs	48-72 hs	3,3 (2-8)	7-15 dias
$\alpha$ -HBDH	6-12 hs	30-72	3,5 (2-8)	10-20 dias

**Nota** – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos os mesmos pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou e-mail.

**À Direção.**

**Maceió, Janeiro de 2.012**

**Autor: Mário Jorge Martins.**

**Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).**

**Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).**

**Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).**